

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

256

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Mention MÉDECINE)

PAR

KAJZER Izaak

Né le 15 Mai 1910 à Kielce (Pologne)

**Morbidité et Mortalité
Maternelles**

**de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
au cours des années 1933-1934-1935**

Président: M. BRINDEAU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1936

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Mention MÉDECINE)

PAR

KAJZER Izaak

Né le 15 Mai 1910 à Kielce (Pologne)

Morbidité et Mortalité Maternelles

**de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
au cours des années 1933-1934-1935**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1936

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	LOEPER
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE
Clinique urologique	LENORMANT
	TERRIEN
Clinique d'accouchements	MARION
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN
Clinique thérapeutique médicale	PROUST
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	RATHERY
Clinique propédeutique	LEMAITRE
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	SERGENT
	BEZANÇON
	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE,

Bien faible témoignage de ma profonde affection et gratitude pour les efforts et sacrifices qu'ils ont consentis pour moi et pour l'esprit dans lequel ils m'ont élevé.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE SZYMON KAJZER,

A LA MEMOIRE DE MA COUSINE B. KLEIMAN,

A MON FRERE,

En témoignage de ma profonde affection et attachement fraternels.

A MES AMIS N. BOGRACHOW et N. SOFERMAN

A Mlle B. PILICER

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur BRINDEAU,

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté
de Paris,*

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

En témoignage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A mon Maître Monsieur le Docteur GASTON ECALLE,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. En
témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur A. DARIAUX,

Electro-Radiologiste des Hôpitaux,

En témoignage de reconnaissance pour l'en-
seignement radiologique.

A Monsieur le Docteur René SUZOR,

*Ancien chef de Clinique de la Faculté,
Accoucheur-assistant de la Maternité de l'Hôpital
Boucicaut.*

En remerciement de son bienveillant enseignement.

A Monsieur le Docteur Pierre LABIGNETTE,

*Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital
Boucicaut,*

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour l'aide si précieux qu'il nous a apporté et pour l'amabilité qu'il nous témoigne toujours.

Au moment où cette thèse consacre la fin de nos études en médecine, nous sommes également heureux de pouvoir dire à nos Maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Paris et de Montpellier, le souvenir profond que nous garderons toujours de l'accueil reçu partout et nos sincères remerciements pour ce qu'ils nous ont appris avec tant de dévouement.

Monsieur le Docteur Gaston Escalle nous a proposé l'étude de la morbidité et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Boucicaut, au cours des années 1933-1934-1935.

Dès les premières lignes, nous tenons à le remercier d'avoir bien voulu nous confier ce travail.

Qu'il nous permette d'ajouter à ces remerciements l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu de lui et pour la grande amabilité dont il a toujours fait preuve à notre égard.

AVANT-PROPOS

L'objet de cette thèse sera l'étude de la morbidité et de la mortalité maternelles à la maternité de l'hôpital Boucicaut au cours des années 1933, 1934, 1935. C'est, en effet, par l'examen d'ensemble des statistiques que l'on arrive souvent à se faire une opinion plus juste de la réalité, que par l'étude particulière de chaque observation.

Afin d'éviter toute équivoque dans l'interprétation des termes, nous définissons la morbidité : toute femme ayant présenté un processus pathologique quelconque ou ayant eu une température de 38° pendant les suites des couches au moins pendant trois jours, non compris le jour d'accouchement.

Comme il est d'usage de faire passer à l'isolement du service toute femme présentant un processus pathologique, nous nous baserons donc en ce qui concerne la morbidité sur les observations prises à l'isolement.

Nous placerons à part dans un chapitre commun aux trois années l'étude de la morbidité par infection puerpérale.

Nous indiquerons ensuite le nombre d'enfants décédés. Enfin, nous consacrerons un chapitre spécial aux accouchements dans les bassins rétrécis.

Si cet exposé statistique semble exclure, à première vue, toute originalité, le nombre relativement élevé des observations sur lesquelles il s'appuie, permet cependant d'en tirer des conclusions intéressantes au point de vue clinique et thérapeutique.

ANNEE 1933

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENTS ET INTERVENTIONS

Au cours de l'année 1933, il y a eu, 2.832 accouchements à la Maternité de l'hôpital Boucicaut. Sur ce chiffre, on peut relever :

1 présentation du front, 9 présentations de l'épaule, 5 présentations de la face, 20 présentations du siège complet, 52 présentations du siège décomplété et 29 grossesses gemmellaires.

En outre, il a été pratiqué 276 interventions se répartissant de la manière suivante :

12 versions podaliques ;

5 embryotomies ;

73 révisions utérines ;

42 délivrances artificielles ;

20 curettages ;

2 avortements thérapeutiques, l'un pour hypertension, l'autre pour lésion cardiaque.

Il y a eu 90 forceps, pour les raisons suivantes :

- 29 pour souffrance foetale, 44 pour lenteur du travail ou non progression de la tête ; 5 pour fatigue maternelle ; 4 pour tuberculose pulmonaire ; 1 pour bassin rétréci ; 1 pour inertie utérine, 1 pour présentation du front ; 1 pour lésion cardiaque ; 1 pour oedème du col ; 1 pour procidence du cordon et 2 sur la tête dernière.

On a fait 15 césariennes basses pour des cas assez variés :

- 1 présentation de l'épaule ; 10 bassins généralement rétrécis ; 1 incontinence des matières ; 1 bassin applati ; 1 bassin canaliculé ; 1 atrésie des parties molles.

1 césarienne haute ;

4 césariennes basses suivies d'hystérectomies dont :

2 fibromes, 1 placenta praevia, 1 coxalgie.

1 césarienne haute suivie d'hystérectomie.

1 césarienne suivie ovariectomie.

1 césarienne post-mortem.

3 hystérectomies sub-totales dont : 2 fibromes et 1 salpingite.

5 hystérectomies totales pour : hémorragie secondaire avec fibrome, grossesse ectopique et infection amniotique.

10 laparatomies dont pour : 6 kystes de l'ovaire, 1 ablation d'une tumeur utérine, 1 éventration, 1 grossesse ectopique et 1 exploratrice.

1 cancer du sein.

1 ganglio-neuro-fibrome.

1 prolapsus utérin.

1 symphyséotomie (procédé Zaratte).

1 section de cloison vaginale (utérus didelphe).

8 périnéorrhaphies.

CHAPITRE II

LA MORBIDITE MATERNELLE

La morbidité maternelle au cours de l'année 1933 a été de 5,98 %, ce qui représente un total de 169 femmes malades. Tout d'abord, on n'a constaté aucun cas de maladies épidémiques et contagieuses.

1° Pendant la grossesse, la majeure partie de cette morbidité reconnaît pour cause la colibacillose. On note, en effet, douze pyélonéphrites graves avec forte température et présence dans les urines d'un pus abondant et de très nombreux colibacilles. Il est à noter que ces colibacillooses importantes ont été constatées, comme les deux années suivantes d'ailleurs, pendant les jours les plus froids et les plus chauds de l'année. Il y a là un fait qui n'est pas particulier au service puisqu'il a déjà été constaté par ailleurs, mais qui montre une fois de plus l'importance de la température sur l'évolution de la pyélonéphrite gravidique. Signalons encore à ce sujet que les malades dont les pyélonéphrites furent les plus longues à guérir furent celles dont les examens bactériologiques montraient la présence de colibacilles mucoïdes.

Les affections suivantes constituèrent le reste de la morbidité au cours de la grossesse : cinq tuberculoses pulmonaires, quatre bartholinites, neuf cas de vomissements incoercibles, deux maladies mitrales, un zona, un ictère, vint-et-un avortements admis à la consultation, un ictère.

2° Après l'accouchement, quarante-six femmes ont eu une température élevée pendant moins de dix jours et vingt-

trois autres femmes ont eu cette température pendant plus de dix jours.

La morbidité du post-partum a eu souvent des causes assez banales : une déchirure du périnée, cinq infections mammaires, huit abcès du sein, quatre lymphangites du sein, une bronchite, une pneumonie, huit gripes, deux cas de manies puerpérales envoyées à l'hôpital Cochin. Citons aussi neuf phlébites, dont une phlébite double. La morbidité par infection puerpérale fera l'objet d'un chapitre commun aux trois années.

CHAPITRE III

LA MORTALITE MATERNELLE

La mortalité maternelle a été de 11 décès, soit un pourcentage de 0,39 %. Ce chiffre se répartit de la manière suivante :

- 1 infection amniotique suivie d'hystérectomie (mort par embolie massive)
- 1 phlébite avec embolie le 21^e jour ;
- 1 infection puerpérale, accouchée en ville et amenée en pleine péritonite à l'hôpital ;
- 1 tuberculose (grossesse gemmellaire) ;
- 1 thrombo-phlébite avec abcès de l'ovaire ;
- 1 tuberculose (césarienne post-mortem) ;
- 1 avortement de 5 mois (cancer de l'estomac) ;
- 1 rupture utérine ;
- 1 cancer du sein inopérable ;
- 1 tuberculose miliaire aiguë.

ANNEE 1934

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENTS ET INTERVENTIONS

Pendant l'année 1934 le nombre des accouchements a été de 2.874. Il y a eu :

2 présentations du front ; 4 présentations de l'épaule ;
6 présentations de la face ; 36 présentations du siège
complet ; 57 présentations du siège décomplété et 21
grossesses gemmellaires.

Il a été pratiqué 336 interventions dont :

6 versions podaliques ;
3 embryotomies ;
35 curettages ;
87 révisions utérines ;
35 délivrances artificielles.

Il y a eu 113 forceps dont pour :

36 souffrance foetale ; 48 lenteur du travail ou non progres-
sion de la tête ; 3 bassins rétrécis ; 7 lésions cardia-
ques ; 7 tuberculose pulmonaire ; 3 fatigue maternelle ;
1 présentation de la face ; 3 procidences du cordon ;

1 bassin aplati ; 1 albuminurie ; 1 éclampsie ; 1 mal de Pott et 1 pithiatisme.

On a fait 29 césariennes basses pour les causes suivantes :

21 bassins rétrécis ; 1 kyste praevia ; 4 présentations du front ; 1 bassin cyphotique ; 2 placenta praevia.

5 césariennes suivies d'hystérectomie dont pour :

1 menace de rupture utérine ; 1 rigidité du col ; 1 fibrome ; 1 adhérences ; 1 hémorragie secondaire.

4 hystérectomies sub-totales pour :

1 rupture utérine ; 2 fibrome, 1 kyste de l'ovaire avec inflammation des trompes ; 1 hystérectomie totale pour fibrome.

5 laparatomies pour :

3 grossesse ectopique ; 1 kyste de l'ovaire suppuré ; 1 éviscération.

3 ovariectomies.

1 symphyséotomie (procédé Zaratte).

5 ligamentopexies.

3 périnéorraphies.

1 incision des glandes de Bartholin.

CHAPITRE II

LA MORBIDITE MATERNELLE

En cette année 1934, la morbidité maternelle a atteint 217 femmes, ce qui constitue un pourcentage de 7,56 %, dont la répartition peut se faire ainsi :

1° Pendant la grossesse, on a reçu dans le service :

- 15 tuberculeuses pulmonaires ;
- 12 cas de vomissements incoercibles ;
- 2 salpingites aiguës ;
- 19 pyelonéphrites ;
- 1 affection cardiaque ;
- 3 albuminuriques ;
- 1 ostéo-phlegmon du maxillaire supérieur consécutif à une carie dentaire ;
- 2 panaris ;
- 3 bartholinites ;
- 5 angines aiguës ;
- 51 avortements reçus à la consultation.

2° Après l'accouchement, on a constaté :

- 5 infections mammaires ;
- 13 abcès du sein ;
- 3 lymphangites du sein ;
- 3 angines aiguës ;
- 1 scarlatine ;
- 1 sciatique ;
- 2 manies puerpérales.

La morbidité par infection puerpérale fait partie d'un chapitre commun avec les années 1933 et 1935.

CHAPITRE III

LA MORTALITE MATERNELLE

Le nombre des décès s'est élevé à 14, soit 0,49 % de

l'ensemble des accouchées. Ce chiffre se répartit de la manière suivante :

- 1 hémorragie avec choc de la délivrance ;
- 1 forceps pour fatigue maternelle, délivrance artificielle pour hémorragie et décollement partiel du placenta ; mort le lendemain ;
- 1 occlusion paralytique à la suite d'une césarienne basse ;
- 1 urémique avec vomissements incoercibles, transportée à la maternité après une appendicectomie avec incontinence des matières ;
- 1 césarienne basse pour présentation du front, péritonite à staphylocoques ;
- 1 déchirure du col intéressant le segment inférieur, hémorragie avec anémie aiguë ;
- 1 occlusion du grêle consécutive à une laparatomie pour grossesse ectopique gemmellaire ;
- 1 appendicite perforée ;
- 1 tuberculose miliaire aiguë ;
- 1 mort avec le tableau clinique d'une embolie massive. Le diagnostic n'a pas été vérifié, car l'autopsie n'a pu être faite, la famille ayant fait opposition ;
- 1 femme transportée agonisante à la maternité après un accouchement en ville ; l'hystérectomie sub-totale faite à son arrivée dans le service ; mort d'une applexie utérine ;
- 1 embolie consécutive à phlegmatia alba dolens ;
- 1 rupture spontanée de l'utérus et de la vessie.

ANNEE 1935

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENTS ET INTERVENTIONS

Le nombre des accouchements en 1935 a été de 2.641.

Sur ce chiffre on constate :

3 présentations du front ; 10 présentations de l'épaule ; 10 présentations de la face ; 17 présentations du siège complet ; 61 présentations du siège décomplété et 30 grossesses gemmellaires.

Il a été pratiqué 281 interventions, dont :

5 versions podaliques ;
8 embryotomies ;
37 révisions utérines ;
56 délivrances artificielles ;
26 curettages ;
6 avortements thérapeutiques, dont : 2 pour lésion cardiaque ; 1 pour albuminurie ; 1 pour vomissements incoercibles ; 1 pour tuberculose pulmonaire et 1 pour hémorragie.

Il y a eu 91 forceps dont pour :

25 souffrance foetale ; 49 lenteur du travail ou non progression de la tête ; 5 bassin rétréci ; 5 tuberculose pulmonaire ; 1 lésion cardiaque ; 2 procidence du cordon ; 2 éclampsie et 1 hydrocéphale.

22 césariennes basses ont été faites dont pour :

14 bassin généralement rétréci ; 2 présentation de l'épaule ; 1 présentation du front ; 3 placenta praevia ; 1 bassin oblique ovalaire et 1 albuminurie.

- 1 césarienne post-mortem.
- 9 hystérectomies sub-totales pour les raisons suivantes :
 - 1 fibrome, 1 cancer de l'utérus ; 1 péritonite, 2 hémorragie rétro-placentaire ; 1 môle hydaliforme ; 1 infection amniotique ; 1 rupture utérine et 1 adhérences.
- 2 césariennes suivies d'hystérectomie : l'une pour un bassin généralement rétréci ; l'autre pour ablation d'un polype du col.
- 5 laparatomies dont : 4 pour grossesse ectopique et 1 exploratrice.
- 3 symphyséotomies faites par le procédé de Zaratte.
- 1 salpingoectomie.
- 3 ovariectomies.
- 3 périnéorraphies.
- 2 réfections de la paroi abdominale.

CHAPITRE II

LA MORBIDITE MATERNELLE

La morbidité maternelle pour le cours de l'année 1935 s'élève à 203 femmes, constituant un pourcentage de 7,68 %. Sur ce chiffre, trente-sept femmes ont eu une température élevée pendant moins de 10 jours et 13 femmes ont fait une élévation thermique pendant plus de 10 jours pour des causes bénignes : poussée légère de colibacillose, grippe banale, pharyngites simples.

1° Pendant la grossesse, on a noté :

- 7 cas de vomissements incoercibles ;
- 9 tuberculoses pulmonaires ;
- 1 lésion cardiaque ;

- 21 pyélonéphrites ;
- 1 abcès dentaire ;
- 3 pleurésies ;
- 9 angines aiguës ;
- 3 éclamptiques ;
- 2 bartholinites ;
- 4 albuminuriques de gravité moyenne ;
- 45 avortements.

2° Après l'accouchement, on a constaté :

- 15 abcès du sein ;
- 11 lymphangites du sein ou affections mammaires bénignes ;
- 5 gripes banales ;
- 1 hémiplegie ;
- 1 bronchite ;
- 9 phlébites ;
- 6 périphlébites.

Les cas d'infection puerpérale sont compris dans un chapitre spécial commun aux deux années précédentes.

CHAPITRE III

LA MORTALITE MATERNELLE

Le nombre des décès s'est élevé à 6, ce qui constitue un pourcentage de 0,23 %. Ce chiffre se répartit de la manière suivante :

- 1 césarienne basse pour albuminurie ;
- 1 hémorragie, avortement et déchirure du col ;
- 1 hystérectomie sub-totale pour péritonite après un avortement provoqué en ville par l'eau de javel ;
- 1 Embolie (lever au 12^e jour) ;
- 1 syncope anesthésique.

L'INFECTION PUERPERALE AU COURS DES ANNEES 1933, 1934 et 1935

On peut attribuer à l'infection puerpérale six décès au cours de ces dernières années. Si l'on compare ce chiffre au nombre total des accouchements qui a été de 8.347, on constatera que le pourcentage ne dépasse pas plus de 0,75 pour mille. Bien entendu, dans les statistiques des conclusions nous ne comptons pas les décès des femmes accouchées en ville et décédées ensuite dans le service.

*
**

En 1933, nous avons noté 3 décès et l'année s'était terminée sur le chiffre de 2.832 accouchements, ce qui fait en moyenne une mortalité par infection puerpérale, 1,5 pour mille.

Sur les trois décès, deux femmes avaient accouchées en ville ; la première, âgée de 35 ans avait eu deux jumeaux, le 30-12-1932. Une hémorragie grave, survenue chez elle avait décidé son entourage à l'emmener à l'hôpital. Une revision utérine n'avait rien ramené, elle avait 1 gr. 50 d'albumine.

Le lendemain matin, en présence de la température à 40,5°, de vomissements porracés et du ballonnement abdominal, on fit une laparatomie suivie d'un drainage. Mais deux jours après, la malade succombait. L'autre malade, décédée le 23 mai, avait fait un avortement de 3 mois, à la suite duquel on avait fait un curettage en ville. Admise dans

le service avec des frissons violents et une température de 41°, elle succombait quelques jours après, en dépit de tout traitement.

La seule malade ayant accouchée dans le service et y étant morte d'infection puerpérale est une femme de 34 ans, bacillaire ancienne, après un accouchement gemmellaire ayant nécessité un forceps, une version et une délivrance artificielle elle présenta des signes nets de septicémie que l'hémoculture confirma en montrant à deux reprises la présence de streptocoques.

*
**

Au cours de l'année 1934, il n'y a eu dans le service qu'un seul décès pour infection puerpérale. Sur un total de 2.874 accouchements, soit un pourcentage de 0,40 pour mille environ. Ce décès est survenu chez une femme de 40 ans, primipare, dont l'accouchement avait été naturel et à terme.

La délivrance naturelle avait été complète. Trois jours après l'accouchement, la femme se mit à faire de la température, avec frisson. Deux hémocultures furent d'abord négatives, mais la troisième révéla la présence des streptocoques.

*
**

En 1935, l'infection puerpérale a causé deux décès sur un total de 2.641 accouchements, soit un pourcentage de 0,80 pour mille. Le premier est celui d'une femme de 33 ans ayant fait en ville un avortement d'un mois et demi, provoqué par injection intra-utérine d'eau de javel. Devant l'état général grave, la température qui s'élevait progressivement jusqu'à 39,2°, l'accélération du pouls à 120 et un abdomen

tendu, contracté et douloureux, surtout à la partie inférieure on pose le diagnostique de péritonite. Après une amélioration de 24 heures après l'intervention la malade succombait.

Le second décès de l'année est celui d'une femme de 34 ans, quatrième pare. L'accouchement fut naturel et à terme, la délivrance naturelle était complète. Quatre jours après la température étant à 40,5°, le pouls à 120, la malade était passé à l'isolement, les lochies étant fétides.

Une hémoculture pratiquée montra la présence des streptocoques, puis la malade se plaignant de douleurs dans les oreilles, on lui fait une parasynthèse du tympan, mais le lendemain la malade décédait.

*
**

En dehors de ces cas de mortalité par infection puerérale, la morbidité a atteint 92 femmes au cours de ces trois années. Très souvent, il s'est agit de malades présentant une élévation de température pendant plus de dix jours, des lochies plus ou moins fétides et, par ailleurs, aucun signe d'infection. Dans d'autres cas, on a vu apparaître une phlébite.

En 1933, il y a eu vingt-trois cas de femmes ayant présenté une élévation de température et neuf cas de phlébite.

En 1934, on a eu huit phlébites et, d'autre part, vingt-neuf femmes ont eu pendant plus de dix jours une élévation thermique.

Enfin, en 1935, il y a eu dix phlébites, et 13 femmes ayant présenté une température élevée pendant plus de dix jours.

LA MORTALITE INFANTILE

Afin d'éviter des répétitions dans le texte, nous avons groupé en un seul chapitre la statistique concernant la mortalité infantile du service au cours des trois années 1933, 1934 et 1935.

En 1933, sur les 2.832 accouchements de l'année, il y a eu 98 morts-nés, que l'on ne saurait compter exactement dans une statistique de mortalité infantile.

Néanmoins, nous les citons à titre indicatif.

De plus, il y a eu 49 décès au cours du premier mois et 9 au delà du premier mois.

En 1934, on a noté 91 morts-nés sur l'ensemble des 2.874 accouchements de l'année. De plus, il y a eu 71 décès pendant le premier mois et on a pu savoir que 12 des nouveaux-nés sortis de l'hôpital étaient morts ultérieurement.

Enfin, pendant le cours de 1935, il y a eu 126 enfants morts-nés. En outre, on a constaté 75 décès pendant le premier mois et on a eu connaissance de la mort de 13 nouveaux-nés au delà du premier.

La majorité de ces décès reconnaît des causes multiples mais banales, semblables à celles des autres services de

maternité. Disons simplement que la majeure partie de cette mortalité infantile reconnaît une débilité congénitale. Vient ensuite les prématurés, les hémorragies, méningites, les affections pulmonaires, quelques hérédo-syphilitiques, présentant un gros ascite au moment de la naissance, trois cas de rétrécissements du pylore. Citons un curieux cas de méningite primitive à pneumocoques et un autre de méningite à colibacilles. Dans le premier, la mère avait une péritonite à pneumocoques et dans le second elle avait une très grosse pyélonéphrite. Ces deux observations ont fait d'ailleurs, en leur temps, l'objet d'une communication à la Société d'Obstétrique.

LES BASSINS RETRECIS

Loin d'être aussi banal que la lecture d'une statistique, ce chapitre constitue un des points des plus intéressants sur les trois années de constatations que nous faisons en ce moment. Il est à lui seul le point de départ de conclusions qui méritent de retenir l'attention.

Nous n'aurons en vue que les bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien a été inférieur à 11 centimètres, car dans les diamètres supérieurs à ce chiffre les accouchements ont été spontanés et il n'y a eu jamais lieu d'intervenir, du fait du rétrécissement du bassin.

Nous avons vu, dans plusieurs cas, intervenir par voie haute bien que le diamètre promonto-sous-pubien permit d'espérer un accouchement spontané ; mais il était intervenu d'autres facteurs, qui ont fait pencher vers une procréation césarienne, bien que ledit diamètre eût été parfois nettement supérieur à 9,5 centimètres.

Pendant ces trois années, on a noté 47 femmes chez lesquelles le diamètre promonto-sous-pubien a été 10,9-10,5.

Il y a eu sur ce chiffre :

29 accouchements spontanés, se répartissant de la manière suivante :

11 avec un enfant dont le poids était inférieur à 3.000 gr. ;

- 11 avec un enfant pesant de 3.000 à 3.500 grammes ;
- 4 avec un enfant pesant de 3.500 à 3.750 grammes ;
- 1 avec un enfant pesant de 3.750 à 4.000 grammes ;
- 2 avec un enfant ayant un poids supérieur à 4.000 grammes.

On a pratiqué, en outre 9 césariennes basses dont :

- 3 pour un enfant pesant de 3.000 à 3.500 grammes ;
- 3 pour un enfant pesant de 3.500 à 3.750 grammes ;
- 1 pour un enfant pesant de 3.750 à 4.000 grammes ;
- 2 pour un enfant ayant un poids supérieur à 4.000 gr.

On a fait 7 forceps dont :

- 1 pour un enfant de poids inférieur à 3.000 grammes ;
- 5 pour un enfant d'un poids compris entre 3.000 et 3.500 gr ;
- 1 pour un enfant pesant 3.850 grammes.

2 symphyséotomies ont été faites : l'une pour un enfant pesant 2.250 gr., l'autre pour un enfant pesant 3.200 gr.

On a vu 41 cas, dans lesquels le diamètre promonto-sous-pubien était compris entre 10,4 et 10 centimètres.

Sur ce chiffre, il y a eu 25 accouchements spontanés :

- 11 pour un poids d'enfant inférieur à 3.000 grammes ;
- 12 pour un poids d'enfant compris entre 3.000 et 3.500 gr. ;
- 2 pour un poids d'enfant compris entre 3.500 et 3.750 gr.

On a pratiqué 15 césariennes basses :

- 1 pour un poids d'enfant inférieur à 3.000 grammes ;
- 5 pour un poids d'enfant compris entre 3.000 et 3.500 gr. ;
- 7 pour un poids d'enfant compris entre 3.500 et 3.750 gr. ;
- 2 pour un poids d'enfant compris entre 3.750 et 4.000 gr.

On a fait une crânioclasie pour un enfant pesant 3.200 grammes.

Il y a eu 26 cas dans lesquels le diamètre promonto-sous-pubien était compris entre 9,9 et 9,5 centimètres.

On note 7 accouchements spontanés dont :

- 4 pour un poids d'enfant inférieur à 3.000 grammes ;
- 3 pour un poids d'enfant compris entre 3.000 et 3.500 gr.
- 1 forceps pour un enfant pesant 3.320 grammes.

18 césariennes basses dont :

- 8 pour un enfant pesant entre 2.700-3.000 grammes ;
- 7 pour un enfant pesant entre 3.000-3.500 grammes ;
- 3 pour un enfant pesant entre 3.500-3.750 grammes.

Lorsque le diamètre promonto-sous-pubien a été inférieur à 9,5 centimètres, il n'y a pas eu un seul accouchement spontané.

Pour les 7 cas on a pratiqué des césariennes basses :

- 2 pour un poids d'enfant inférieur à 3.000 grammes ;
- 2 pour un poids d'enfant compris entre 3.000-3.500 gr. ;
- 1 pour un poids d'enfant compris entre 3.500-4.000 gr. ;
- 2 pour un poids de l'enfant supérieur à 4.000 grammes.

Remarquons, en outre, que les symphyséotomies par le procédé Zaratte pratiquées dans le service n'ont provoqué aucune invalidité dans la suite.

RESUME

La lecture des chiffres énumérés dans les précédents chapitres permet de faire certaines constatations.

On notera d'abord une baisse de 200 naissances en 1935, par rapport aux années 1933 et 1934. Cette courbe descendante n'est pas particulière à la Maternité de l'hôpital Boucicaut.

Elle a été constatée également dans presque tous les autres services d'obstétrique. Sa cause est double. Depuis l'application des récentes lois sur les Assurances Sociales donnant des avantages pécuniers aux mères, bon nombre de celles-ci préfèrent accoucher en ville plutôt qu'à l'hôpital. Un bon nombre prend l'habitude d'aller dans des petites maisons d'accouchements, dont la proportion s'est accrue ces temps derniers. A un prix très proche de celui remis à la mère par les Assurances Sociales, l'accouchement est pratiqué et la nouvelle accouchée a la satisfaction bien humaine de dire à son entourage qu'elle a été en maison de santé et non dans un service d'hôpital. D'autre part, il était normal que la baisse générale de la natalité dans la région Parisienne atteigne le pourcentage de naissance de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, située au cœur d'une population ouvrière et laborieuse qui a parfois cruellement ressentie les effets de la crise économique générale. Sans retenir des causes morales plus profondes, cette cause matérielle a joué un rôle important au cours de ces derniers mois.

*
**

Un autre point qui doit attirer particulièrement l'attention est la mortalité très basse des trois années passées. Sur l'ensemble des accouchements s'élevant à 8.347, on relève 28 décès (dont 4 dûs à l'infection puerpérale), ce qui fait un pourcentage de 0,33 %.

*
**

Les 197 revisions utérines qui ont été pratiquées n'ont donné lieu ni à aucune suite pathologique ni à la plus petite infection.

On nous permettra d'insister un peu sur la technique de la revision utérine et sa rigoureuse asepsie puisqu'elle a fait l'objet, en 1934, d'une conférence de M. Ecalle à la Clinique Tarnier.

La revision utérine se fait lorsqu'on est en présence de délivrances incomplètes ou même simplement douteuses. Si on a une délivrance complète, il vaut mieux, par contre, s'abstenir. Chaque fois qu'il reste plus d'un tiers des membranes dans l'utérus, on devra également faire une revision. De même, on y aura recours lorsqu'il reste de grosses masses de caduque dans l'utérus ou qu'on verra persister une hémorragie après une délivrance qui paraissait complète.

C'est dire que les indications de la revision utérine pouvant être ainsi nombreuses, le fait d'en noter 197 dans une statistique portant sur trois ans n'a rien d'extraordinaire. Si aucun incident d'ordre infectieux n'a été noté à la suite de ces revisions, cela tient vraisemblablement à deux choses : la rigoureuse asepsie avec laquelle elles sont toujours pra-

tiquées et l'emploi préventif du sérum antistreptococcique de Vincent.

1° Technique de la revision utérine :

« L'opérateur, écrit M. Ecalle, devra toujours se laver soigneusement les mains par brossage et savonnage prolongés dans de l'eau bouillie ou stérilisée. S'il emploie la main nue il devra, en outre, la passer dans un antiseptique, solution forte de permanganate et bisulfite de soude, puis alcool à 90° ou simplement dans de l'alcool iodé.

La vulve de la femme sera rasée, largement savonnée et lorsque la peau sera sèche, minutieusement iodée. Des champs stériles seront placés autour de la vulve et de l'abdomen. Puis, tandis que deux doigts de la main gauche écartent les lèvres, la main droite pénétrera directement jusqu'au fond de la cavité utérine en même temps que la main gauche s'amassant à travers la paroi abdominale sur le fond utérin, l'abaissera devant la main droite qui en fera l'exploration.

La main doit pénétrer complètement dans la cavité utérine et ce n'est que si on trouve l'utérus très contracté que l'on pourra se borner à y glisser seulement 4 derniers doigts. La main devra explorer systématiquement le fond, chacune des deux cornes, les deux faces et les bords. Cette manœuvre doit être faite avec beaucoup de douceur, plutôt avec le bord mousse des doigts qu'avec la pointe. Il est inutile et souvent mauvais de gratter avec les ongles la paroi utérine. Si elle rencontre un fragment placentaire, une pression un peu plus accentuée du bout des doigts suffira à le détacher.

Si elle rencontre de larges débris membraneux ceux-ci

seront enroulés autour du doigt et détachés peu à peu avec patience.

Enfin, la main terminera par une sorte de peignage doux de la paroi utérine. Les débris détachés auront le plus souvent, au cours de cette manœuvre, coulé le long du talon de la main et de l'avant-bras ou ils seront chargés dans la paume de la main au moment où celle-ci abandonnera la cavité utérine.

Il faut, autant que possible, ne faire pénétrer qu'une fois la main dans l'utérus. On terminera cette manœuvre en pratiquant une injection intra-utérine assez chaude avec la solution de Tarnier.

Pendant l'injection, les petits débris membraneux qui flottent seront facilement reconnus. Mais la main ne devra quitter l'utérus pendant ou après l'injection que lorsque celui-ci sera parfaitement contracté. La main retirée, la bonne tenue de l'utérus sera rigoureusement surveillée pendant quelque temps tout au moins, jusqu'au moment où la femme sera complètement réveillée.

Lorsque l'utérus est mal contracté il est avantageux de faire une injection intramusculaire de un centimètre cube d'hypophyse Choay N° 4 au moment où la main pénètre dans l'utérus. Il semble enfin nécessaire que la femme soit anesthésiée pour subir cette intervention, bien que dans certains cas urgents la revision puisse être faite sans anesthésie ».

2° Injection de sérum antistreptococcique de Vincent.

Sans vouloir lui attribuer une action indiscutable, il paraît cependant certain d'admettre que le sérum de Vincent employé préventivement donne de bons résultats. Loin de sensibiliser les malades, il semble au contraire qu'il per-

mette d'empêcher le streptocoque d'atteindre toute sa virulence, aussi est-il d'un usage courant de faire dans le service une injection préventive de 20 cc. de sérum antistreptococcique de Vincent à toute femme venant de subir une révision utérine.



Le chapitre consacré à l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis permet de constater que pendant trois ans, aucun accouchement spontané n'a été observé lorsque le diamètre promonto-sous-pubien a été inférieur à 9 cm. 5. On peut tirer de ce fait une conduite à tenir interventionniste en présence de cas semblables.



Enfin, on ne sera pas certainement sans remarquer le chiffre de 80 césariennes, qui représente une proportion de 9,5 pour mille sur l'ensemble total des accouchements. Quand on compare ce chiffre au nombre restreint des césariennes qui étaient faites autrefois, on ne manquera pas d'en conclure que c'est là une intervention qui entre de plus en plus dans la pratique obstétricale courante.



Toutes ces conclusions, qui découlent logiquement de la lecture des faits énoncés dans les chapitres antérieurs, confirmeront à l'esprit du lecteur ce que nous énoncions au début de ce travail, à savoir qu'une thèse de statistiques n'est pas seulement un exposé de chiffres, mais une véritable documentation dont l'étude détaillée peut permettre la revision de certaines notions et l'établissement de nouvelles conduites.

CONCLUSIONS

La lecture des chiffres dans les chapitres précédents permet de faire certaines constatations.

- 1) Il y a eu 589 femmes malades, la morbidité globale fait donc 7,05 %.
- 2) Sur les 8.347 accouchements on a constaté 28 décès (dont 4 par infection puerpérale), ce qui constitue un pourcentage de 0,33 %.
- 3) Les 197 revisions utérines pratiquées n'ont donné lieu à aucune suite pathologique, ni à la plus petite infection.
- 4) Le chiffre global des césariennes faites au cours de ces trois années s'élève à 80, ce qui représente une proportion de 9,5 pour mille sur l'ensemble total des accouchements.
- 5) Lorsque le diamètre promonto-sous-pubien a été inférieur à 9,5 cm. on n'a jamais observé un accouchement spontané.
- 6) Il y a eu 544 enfants morts, dont 315 morts-nés.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la thèse*,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

TABLE DES MATIERES

Avant - Propos	9
ANNEE 1933 :	
Chapitre I. — Accouchements et Interventions	
Chapitre II. — Morbidité maternelle	
Chapitre III. — Mortalité maternelle	10
ANNEE 1934 :	
Chapitre I. — Accouchements et Interventions	
Chapitre II. — Morbidité maternelle	
Chapitre III. — Mortalité maternelle	14
ANNEE 1935 :	
Chapitre I. — Accouchements et Interventions	
Chapitre II. — Morbidité maternelle	
Chapitre III. — Mortalité maternelle	18
L'Infection puerpérale au cours des années 1933-34-35	21
La mortalité infantile	24
Les Bassins rétrécis	26
Résumé	29
Conclusions	34

